

Patient:

Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____ Straße, Nr.: _____
Tel. Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Mobil: _____
eMail Adresse: _____

Wie sind Sie versichert:

- privat beihilfeberechtigt freiwillig pflichtversichert
 Zusatzversicherung für Kieferorthopädie Basistarif

Name der Krankenkasse: _____

Ihr Zahnarzt: _____

empfohlen durch: _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- Unzufriedenheit mit der Ästhetik
 Funktionsprobleme (Zähneknirschen, Schmerzen/Knacken im Kiefergelenk, Schwierigkeiten beim Abbeißen/Kauen)
 Überweisung durch den Zahnarzt
 Sonstiges: : _____

Die Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung, die nach Beendigung des 18. Lebensjahres begonnen wird, übernimmt die gesetzliche Krankenkasse - von wenigen Ausnahmefällen abgesehen - **nicht**.

Ich wurde darüber aufgeklärt dass im Falle einer Kieferorthopädischen Behandlung, private Kosten auf mich zukommen.

Eingehende Beratung/Vollständige Untersuchung je Dauer: ca. 20 € - 40 €

Einverständniserklärung:

Die Praxis wird nach Bestellsystem geführt. Wir bitten Sie daher Ihrerseits nicht einzuhaltende Termine rechtzeitig abzusagen.

Ich bin einverstanden, dass die Abrechnung über eine Abrechnungsstelle erfolgt. Bei Praxisübergabe oder Beschäftigung eines Vertreters bin ich einverstanden, dass die Behandlungsunterlagen dem Nachfolger/Vertreter übergeben werden.

Mit dem Kostenvoranschlag als private Leistung, für die Eingehende Beratung und vollständige Untersuchung bin ich einverstanden. Die Datenschutzrichtlinien habe ich gelesen, nähere Erläuterungen zur Datenschutzvereinbarung finden Sie unter www.kfo-wohlmann.de oder Aushang „Datenschutzvereinbarung“ in unserem Wartezimmer.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte wenden →

Allgemeine Gesundheitsangaben:

Bestehen allgemeinmedizinische Erkrankungen (z.B. Syndrome, Herz, Leber, Niere, Blutgerinnungsstörungen, Asthma, Epilepsie, Zuckerkrankheit, Rheuma, Orthopädische Erkrankungen) oder Infektionskrankheiten (Hepatitis, Aids)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Bei wem, warum? _____ ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Welche, wozu? _____ ja nein

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Welche? _____ ja nein

Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung?

ja nein

Bestehen Allergien? (Nickelallergie) Welche? _____ ja nein

Besteht eine Natur-Latex Allergie?

ja nein

Fragen aus kieferorthopädischen Gründen:

Wurden Sie schon einmal kieferorthopädisch behandelt? ja nein

Wann, bei welchem Arzt? _____

Gab es Unfälle mit Beteiligung der Zähne oder des Kiefers? ja nein

Wenn ja, welche, wann? _____

Bestand oder besteht Zungenpressen, Lippenbeißen, Bleistiftkauen? ja nein

Bis wann? _____

Bestehen oder bestand Zähneknirschen oder Zähnepressen? Bis wann? _____ ja nein

Bestehen Kiefergelenksbeschwerden oder -knacken? ja nein

Besteht häufig Kopfschmerzen, Schmerzen im Gesichtsbereich oder beim Kauen? Welche? _____ ja nein

Besteht Mundatmung, häufige Erkältung oder Schnarchen? Was? _____ ja nein

Waren Sie in Behandlung bei einem Hals- Nasen- Ohrenarzt? ja nein

Wenn ja, was? Mandeln entfernt Polypen entfernt

Sonstiges: _____

Besteht ein Sprachfehler (z.B. Lispeln) oder wurde bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Fragen zur Röntgenuntersuchung:

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate im Kopf-/Kieferbereich geröntgt? ja nein

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? _____ ja nein

Röntgeneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendige Röntgenunterlagen bei mir angefertigt werden.

Datum

Unterschrift